

Форма Заявления на получение финансовой помощи



Ascension

Сведения о пациенте

(Пожалуйста, заполните все поля печатными буквами. Укажите Н/П, если это не применимо, в каждой отдельной строке заявления)

Дата _____ Номер пациента _____ Название больницы _____

ФИО (имя и фамилия) _____

Дата рождения _____ Семейное положение _____ Номер телефона _____

Почтовый адрес _____ Город _____ Штат _____ Индекс _____

Номер в системе социального страхования (по желанию) _____

Работодатель _____ Сведения о занятости _____

Количество рабочих часов в неделю _____ Телефон работодателя _____

Сведения об ответственном лице / Сведения о законном опекуне

(Если указанный выше пациент является ответственным лицом, не заполняйте этот раздел).

ФИО (имя и фамилия) _____

Дата рождения _____ Семейное положение _____ Номер телефона _____

Почтовый адрес _____ Город _____ Штат _____ Индекс _____

Номер в системе социального страхования (по желанию) _____

Работодатель _____ Сведения о занятости _____

Количество рабочих часов в неделю _____ Телефон работодателя _____

Информация о супруге ответственного лица

(Если пациент сам является ответственным лицом, заполните сведения о супруге пациента).

ФИО (имя и фамилия) _____

Дата рождения _____ Семейное положение _____ Номер телефона _____

Почтовый адрес _____ Город _____ Штат _____ Индекс _____

Номер в системе социального страхования (по желанию) _____

Работодатель _____ Сведения о занятости _____

Количество рабочих часов в неделю _____ Телефон работодателя _____

Зависимые лица ответственного лица

(Если пациент сам является ответственным лицом, заполните сведения о супруге пациента).

Имя _____ Дата рождения _____ Правоотношение с ответственным лицом _____

Имя _____ Дата рождения _____ Правоотношение с ответственным лицом _____

Имя _____ Дата рождения _____ Правоотношение с ответственным лицом _____

Имя _____ Дата рождения _____ Правоотношение с ответственным лицом _____

Количество взрослых и детей, проживающих в семье _____

Ежемесячный доход

(Заполните суммы в долларах в каждом следующем пункте. Укажите сумму в месяц в каждом пункте).

Полученный заявителем доход _____

Доход супруга(-и) заявителя _____

Пособия по социальному обеспечению _____

Пенсия / пенсионный доход _____

Пособие по инвалидности _____

Пособие по безработице _____

Компенсация работнику _____

Доход по процентам / дивидендам _____

Полученное пособие на ребенка _____

Полученные алименты _____

Доход от сдачи в аренду недвижимости _____

Продовольственные талоны _____

Полученные дивиденды целевого фонда _____

Другие доходы _____

Другие доходы _____

Общий валовой ежемесячный доход, долл. США _____

Ежемесячные расходы на проживание

Ипотека / аренда _____

Коммунальные услуги _____

Телефон (стационарный) _____

Сотовый телефон _____

Продовольственные товары / продукты питания _____

Кабельное ТВ / Интернет / Спутниковое

телевидение _____

Платеж за автомобиль _____

Уход за ребенком _____

Пособие на ребенка / алименты _____

Кредитные карты _____

Счета за услуги врача / больницы _____

Страхование автомобиля / транспортных средств _____

Страхование дома / имущества _____

Медицинское страхование / Страхование от

болезней _____

Страхование жизни _____

Прочие ежемесячные расходы _____

Всего ежемесячных расходов, долл. США _____

Активы

Наличные / сбережения / текущие счета _____

Акции / облигации / инвестиции / депозитные сертификаты _____

Другая недвижимость / второе жилье _____

Лодка / внедорожник / мотоцикл / транспортное средство для отдыха _____

Коллекционные автомобили / автомобили не первой необходимости _____

Прочие активы _____

Настоящим подтверждаю, что указанные выше сведения являются достоверными и полными. Настоящим уполномочиваю больницу при необходимости получать информацию от сторонних бюро кредитных историй.

Подпись заявителя _____

Дата _____

Комментарии _____



Ascension

Письмо спонсора

Номер медицинской карты пациента / номер пациента _____

Имя спонсора _____

Правоотношение к пациенту / заявителю _____

Адрес спонсора _____

К сведению Ascension:

Настоящим письмом подтверждаю, что (имя пациента) _____ получает мало или совсем не имеет дохода, и я помогаю оплачивать его/ее расходы на проживание. Он/она имеет незначительные или совсем не имеет обязательств передо мной.

Подписывая это заявление, я подтверждаю, что предоставленная мной информация является достоверной и полной.

Подпись спонсора _____

Дата _____



Ascension

ТРЕБУЕМАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ И ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ДАННЫХ

Вместе с заявлением просим вас предоставить копию хотя бы одного из следующих документов в качестве подтверждения дохода. Если вы состоите в браке или проживаете вместе с партнером в течение 6 месяцев или дольше, ваш супруг(-а) или партнер также должны будут предоставить копию хотя бы одного из следующих документов в качестве подтверждения своего дохода, чтобы мы могли обработать ваше заявление.

- Копии 3 последних квитанций от работодателя о начислении заработной платы
- Копии последней годовой налоговой декларации (если вы работаете не по найму, укажите разбивку всех налогооблагаемых доходов)
- Документ о предоставлении социального обеспечения и / или назначении пенсии
- Самая последняя годовая налоговая декларация родителя или опекуна, если заявитель является иждивенцем, указанным в их бланке налоговой декларации, и если ему меньше 25 лет
- Другие документы, подтверждающие доход
- Копии выписок по счету в банке за последние 3 месяца
- Копия документа о назначении пособия по безработице

Если вы получаете помощь от членов семьи или друзей или проживаете в их доме, попросите их заполнить прилагаемую форму с пометкой «Письмо спонсора». Это не налагает на них ответственность по оплате ваших счетов за медицинские услуги. Это будет служить подтверждением покрытия ваших расходов на проживание. Если вы не получаете помощь от членов семьи и друзей, форму письма спонсора заполнять не требуется.

В завершение также просим вас предоставить документы, подтверждающие ежемесячные расходы на медицинское обслуживание, товары медицинского назначения и лекарства.

Следует иметь в виду, что рассмотрение заявления возможно только после получения нами заполненного заявления вместе с документами, подтверждающими доход. Мы не обрабатываем и не рассматриваем незаполненные заявления.

Помните, что связь по электронной почте через Интернет не является защищенной. Хотя и маловероятно, но существует опасность того, что направленная по электронной почте информация может быть перехвачена и прочитана другими лицами помимо тех, кому она адресована.

Мы стремимся защитить персональную информацию и обеспечить ее сохранность. Так как в заявлении указан ваш номер в системе социального страхования и другая персональная информация, мы настоятельно рекомендуем не отправлять заявление по электронной почте.

Просим вас распечатать, заполнить заявление и передать его лично или отправить по почте на следующий адрес:

Ascension Providence Rochester Hospital
1101 West University Rd., Rochester, MI

Если у вас есть вопросы по заполнению этой заявки, позвоните специалисту по работе с пациентами по номеру (248) 652-5334.